LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Délire de persécution; kyste dermoïde de l'ovaire; laparotomie; disparition des troubles mentaux, par M. Auguste Voisin, 97. — Sur les déplacements des organes pendant l'évolution d'un épanchement pleural libre (*suite et fin*), par A. Bianchi, 99. — **Bibliographie** : Hygiène générale de la peau et du cuir chevelu, par le Dr H. Fournier, 103. — **Revue de la Presse** : Paralysies radiculaires du plexus brachial d'origine obstétricale, par E. Weil, 103. — L'hydrothérapie hivernale, 104. — **Académie des sciences** : *Séance du 1er février* 1897. Présidence de M. A. Chatin. — De la radiophotographie des parties molles de l'homme et des animaux, 104. — Sur une nouvelle méthode de préparation des pièces anatomiques, 104. — **Académie de médecine** : *Séance du 9 février* 1897. Présidence de M. Caventou. — Élection, 105. — Leucocytose, 105. — Phosphorisme, 105. — Présentation de malade, 106. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 5 février* 1897. Présidence de M. Debove. — Cirrhose et diabète bronzé, 105. — Cirrhose hypertrophique pigmentaire non diabétique, 106. — Hématologie et pathogénie du diabète bronzé, 107. — Radioscopie d'un anévrisme de l'aorte, 107. — **Société de chirurgie** : *Séance du 10 février* 1897. Présidence de M. E. Delens. — Chirurgie du poumon, 107. — Exophthalmos pulsatile de l'œil droit; anévrysme artérioso-veineux; ligature de la carotide primitive; guérison, 108. — Intervention opératoire dans le goître exophthalmique, 108. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 23 janvier* 1897. Présidence de M. Aug. Voisin, vice-président. — Hémianesthésie provoquée par un traumatisme chez une hystérique, 110. — Délire de persécution; kyste dermoïde de l'ovaire; laparotomie; disparition des troubles mentaux, 110. — **Nouvelles**, 111.

CLINIQUE MÉDICALE

Délire de persécution; kyste dermoïde de l'ovaire; laparotomie; disparition des troubles mentaux (1).

Par M. Auguste Voisin.

(*Observation recueillie à la Salpêtrière et rédigée par* M. Bernheim, *interne du service.*)

Les grands parents n'ont eu aucune affection mentale.

Le père avait une hémiplégie gauche depuis sept ans lorsqu'il est mort.

La mère vit et est bien portante.

La malade croit qu'un frère de son père était aliéné.

Les deux frères et la sœur de la malade sont tous très nerveux, mais n'ont encore présenté ni crises, ni troubles mentaux.

La malade a eu la rougeole à l'âge de 6 ans.

Elle est réglée depuis l'âge de 14 ans, toujours régulièrement.

Jamais elle n'eut d'autre maladie.

Il y a six ans, la malade alla consulter pour une douleur dans le ventre. Le médecin reconnut un prolapsus utérin et, bien que la malade fut vierge, il lui appliqua un pessaire. La malade fut vivement impressionnée par cette intervention ; à partir de ce moment elle devint maussade et triste, se disant qu'elle n'était pas faite comme une autre et que jamais elle ne pourrait se marier. Fréquemment elle se mettait en colère. Elle présentait aussi à cette époque une susceptibilité toute spéciale ; en particulier, elle avait toujours peur qu'on dise du mal de sa toilette.

Elle a gardé son pessaire pendant cinq ans. Au mois d'avril 1896, elle retourna chez son médecin qui l'engagea à continuer à porter un pessaire, et, en attendant l'arrivée d'un pessaire qu'il fit venir de Paris, il lui fit un tamponnement vaginal. Le lendemain, la malade perdit une assez forte quantité de sang. Effrayée elle retourne chez le médecin et lui demande « si ce sang ne vient pas de ce qu'elle a eu des rapports sexuels avec quelqu'un ». Elle avait cru en effet que pendant son tamponnement quelqu'un était venu chez elle et lui aurait dit plus tard : « J'aurais cru avoir affaire à une vierge. » Elle accuse un individu qu'elle aurait entendu dire quelques jours auparavant : « Il faudra que je l'aie ! »

Un peu plus tard, en entrant dans une boutique du village qu'elle habite, elle entendit dire par un homme : « J'en ai vu du sang. » C'est cet homme de mauvaise réputation et âgé de 60 ans qu'elle accusa à partir de ce moment.

Elle supposait que cet homme avait été envoyé chez elle par des personnes qui lui voulaient du mal et qui l'avaient endormie pour pouvoir lui enlever le souvenir de ce qui se passerait. Rencontrant ensuite ces personnes, elles lui demandèrent : « Avez-vous été avec Collin ? » ; elle répondit : « Non, pas plus qu'il ne me l'a demandé ».

Elle remarqua aussi que ses chemises tâchées de sang avaient disparu. La malade continua à délirer sur ce sujet, disant « qu'on lui avait enterré un enfant

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 23 janvier 1897.

dans du sable et qu'elle avait peur des gendarmes ». Constamment on disait du mal d'elle, on lui reprochait sa conduite.

Elle eut aussi des hallucinations de la vue. Un jour en descendant dans sa cave, elle crut voir un individu qui se dissimulait derrière un tonneau.

Un autre jour, elle entendit un grand cri derrière la porte d'entrée et se sauva.

La nuit elle ne dormait plus, en proie à son délire. La mémoire avait disparu; une violente céphalalgie jointe à la lassitude générale qu'elle éprouvait contribua à la rendre de plus en plus malade et elle vint à Paris pour consulter.

Pendant les quinze jours qu'elle y passa avant son entrée à la Salpétrière, elle voulut un jour enrouler ses cheveux autour de son cou et s'étrangler. Une autre fois elle voulut se jeter par la fenêtre.

Le 23 juillet 1896, la malade entre à la Salpêtrière. La physionomie exprime la crainte et l'anxiété; les traits du visage sont contractés. Le pavillon de l'oreille droite est mal conformé, le front est plutôt bas et fuyant. Les pupilles sont égales et moyennes; elles réagissent normalement. Pas de tremblement des lèvres, ni de la langue. Les deux lobes du corps thyroïde sont légèrement hypertrophiés, avec prédominance du côté droit. De temps en temps le tronc et les membres sont agités par de légers soubresauts.

La parole est nette. Elle proteste énergiquement de son honnêteté et dit qu'on la persécute depuis longtemps et que c'est parce qu'on a voulu répandre de fausses rumeurs sur sa vertu qu'elle a tenté de se jeter par la fenêtre. Elle ajoute que d'ailleurs, étant allée à la foire de Villemoutiers, village de Normandie, son pays, les Bohémiens lui avaient jeté un sort.

Elle prétend aussi qu'on a changé son mobilier neuf pour du vieux, que la concierge a gardé son linge, qu'on a tué sa mère, etc. Mais elle ne connaît pas le coupable.

Il y a environ trois mois; elle a constaté que son ventre commençait à grossir, mais elle n'a jamais eu des douleurs assez fortes pour interrompre son travail.

On constate que l'hymen a été rompu et présente des bords déchiquetés. Au fond du canal vaginal est un pessaire que l'on enlève.

La palpation fait reconnaître la présence d'une tumeur indolore, dure, de consistance presque ligneuse, bosselée et régulière, s'élevant presque jusqu'à l'ombilic et saillante surtout de chaque côté de la ligne médiane. Le toucher vaginal, combiné à la palpation, permet de délimiter deux grosses tumeurs saillantes dans les culs-de-sacs latéraux du vagin et ayant abaissé l'utérus dont le volume est légèrement augmenté. Ces tumeurs ont repoussé l'utérus en arrière et à gauche. Le mouvement imprimé aux tumeurs se communique au col de l'utérus.

Les phénomènes de compression de la vessie et du rectum se sont traduits par de la rétention d'urine et une constipation opiniâtre.

Le malade ne présente aucun trouble de la sensibilité. Elle a un rétrécissement du champ visuel localisé au segment inférieur pour l'œil gauche et concentrique pour l'œil droit. Pas de dyschromatopsie.

Les autres organes des sens sont normaux.

Les appareils de la circulation, de la digestion et de la respiration, ne présentent rien à noter.

On fait à la malade tous les deux jours une injection d'une demi-seringue de Pravaz d'ergotine.

Pendant les jours qui suivent, le délire de la malade continue, mais elle ne présente pas d'excitation. On l'a entendue dire qu'elle a déshononoré trois familles, qu'elle cherche son cerveau, etc. Un jour elle mit autour de son cou un fil de fer, voulant s'étrangler, disait-elle.

Elle n'a plus présenté d'hallucinations depuis son entrée, mais son délire de persécution continue avec la même intensité.

Au mois de novembre, la malade est examinée de nouveau pour son ventre, et on propose à sa famille une intervention chirurgicale. Celle-ci est acceptée et la malade passe en chirurgie où son délire continue. Le 21 novembre, M. Segond fait une laparotomie et extrait de la cavité abdominale un kyste de l'ovaire multiloculaire. Les 3 loges sont inégales, celle de droite est la plus vaste, puis vient celle de gauche et une postérieure beaucoup plus petite que les deux autres. La paroi de ces kystes paraît formée d'un tissu fibreux, mais on n'y constate pas de tissu osseux. Le contenu est représenté par du tissu graisseux, du tissu calcaire et une grande quantité de poils. La loge postérieure renferme exclusivement de la substance colloïde. L'utérus était adhérent aux parois de ce kyste dermoïde et ne présentait aucune altération.

Les suites de l'opération ont été normales ; la malade a présenté un peu d'excitation pendant les deux jours qui ont suivi l'opération, puis tout phénomène cérébral a disparu. La cicatrice s'est fermée rapidement. La malade n'a plus la moindre idée de persécution, elle est calme et reconnaît qu'il s'agissait de pures conceptions de sa part, qu'elle était beaucoup trop naïve. Dès le 10 décembre elle demande sa sortie. Le 10 janvier son état s'étant maintenu bon, on lui accorde un premier congé.

Le 20 janvier, la malade vient me trouver, son état mental est resté normal.

Sa sortie lui est accordée. Elle retourne dans son pays.

ur les déplacements des organes pendant l'évolution d'un épanchement pleural libre (1)

Par A. Bianchi

(*Suite et fin* (2).

1° *Déplacements des organes pendant l'évolution d'un panchement pleural libre.* — L'action mécanique d'un panchement pleural est toujours centrifuge, mais ansitoire. Les organes environnants sont déplacés en ehors : la force et la quantité du déplacement sont rectement proportionnelles à la quantité du liquide eural et à son poids spécifique, à la résistance du médiastin et du diaphragme, à la fonctionnalité et à la oxicité des ligaments de ces organes.

Le poumon du même côté de l'épanchement est déplacé en haut et empêché dans sa fonctionnalité selon quantité du liquide pleural. Le poumon de l'autre ôté fonctionnant aussi pour le poumon malade est lus étendu, et déplace en bas le diaphragme. Le cœur st déplacé du côté contraire à celui de l'épanchement. e diaphragme, au lieu d'avoir sa convexité en haut, st convexe en bas. Ainsi les organes inférieurs sont déplacés en bas (foie, estomac, rate) directement, et indirectement déplacent les autres organes (intestins, eins, poumons).

Dans les dessins schématiques, réduction des projections phonendoscopiques, dans plusieurs cas d'épanchements pleuraux libres, on voit bien marquée cette odalité de déplacement et on voit aussi la diversité ans les deux côtés et dans les deux surfaces intéieure et postérieure (Fig. 1, 1a, 2, 2a).

Avec la même projection phonendoscopique on peut tudier aussi l'expansibilité de chaque partie, de chaue lobe pulmonaire, dans les inspirations et expirations forcées, mais aussi le déplacement de niveau du quide pleural au moment de ces mouvements respiratoires ; si les poumons sont sains nous observons ue dans les inspirations forcées le lobe inférieur du oumon du côté sain a bien marqué son expansibilité en as (2-3 centim.), mais que le lobe inférieur du poumon du côté malade a limité son expansibilité selon la uantité du liquide pleural. Ainsi on peut être réduit .2 centim. à 1 centim. à 1/2 centim. d'expansibilité.

Dans le même temps que le poumon se déplace dans 'inspiration forcée, le niveau de l'épanchement remonte d'une quantité donnée par l'expansibilité du oumon du même côté, augmentée de la pression que 'expansibilité du poumon du côté sain porte sur le nédiastin et par lui sur le liquide. Il faut seulement que le liquide remplisse toute la cavité pleurale jusqu'au but, pour n'avoir pas possibilité de changement nspiratoire du niveau du liquide.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 9 janvier 1897.

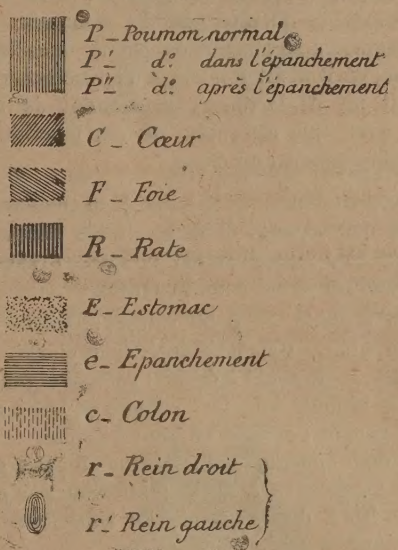
(2) V. *France médicale*, n° 6, 1897.

Ainsi le poumon du côté malade est refoulé en haut, le poumon sain et le cœur sont refoulés vers le côté opposé à l'épanchement ; le foie, l'estomac et la rate sont abaissés directement et indirectement; sont aussi déplacés en bas, les reins, les intestins et le pancréas.

Dans les inspirations forcées, lorsque le niveau du liquide remonte, le poumon sain se déplace en bas et avec les organes directement ou non au-dessous. Les organes subdiaphragmatiques du côté de l'épanchement sont un peu déplacés indirectement par les tractions des organes du côté sain.

Dans le travail de la digestion, la motilité de l'estomac est beaucoup gênée dans l'expansibilité en haut et dans le déplacement vers le côté du foie : de même mais avec moins d'importance, pour les intestins grêles et pour le côlon.

Dans les changements de position, la station debout donne le plus fort déplacement des organes au-dessous



du diaphragme, la station latérale du côté de l'épanchement diminue beaucoup la pression sur le cœur et le poumon et les organes abdominaux du côté sain, et l'augmente sur le poumon et les organes abdominaux du côté de l'épanchement.

Lorsque le liquide pleural est enlevé par la ponction, tous les organes reprennent leur place rapidement et complètement, s'il n'y a pas des complications pulmonaires. Si la ponction n'est pas faite et si la résorption de l'épanchement est lente, nous avons une quantité de déplacements, non plus transitoires, mais permanents.

2° *Déplacement des organes après la résorption d'un épanchement pleural libre.* — Après une persistance plus ou moins prolongée du liquide pleural, il finit par disparaître complètement dans le cas heureux.

Ordinairement le poumon du côté de l'épanchement a subi une compression plus ou moins complète ; ainsi

sa fonctionalité est plus ou moins diminuée, quelquefois beaucoup réduite. Les brides fibrineuses, en reliant les lobes du poumon et, fréquemment, la surface pleurale du poumon à la surface pleurale de la cavité thoracique, diminuent encore la fonctionalité de l'organe. L'autre poumon, qui travaillait déjà aussi pour le poumon du côté malade pendant l'évolution de l'épanchement pleural, maintient son hyperfonctionalité.

Dans le côté de l'épanchement disparu, le poumon n'a qu'une faible résistance et le centre de la force se déplace du côté malade au côté sain. Le poumon sain a permanentement une extension bien large et il fait une pression sur le médiastin, sur le cœur et sur le diaphragme, ne trouvant pas de résistance dans le poumon rétréci. Alors le cœur est refoulé vers le côté malade et les organes subdiaphragmatiques du côté du poumon sain sont refoulés en bas; mais ces organes, comprimés par la force du poumon sain à son tour, font une pression sur le diaphragme, et ne trouvant pas de résistance du côté malade, refoulent en haut le diaphragme en se plaçant en partie dans la cavité thoracique, où il avait son siège d'épanchement. Ainsi se produit un déplacement permanent de tous les organes, avec une altération de leur fonctionalité et de l'équilibre général du corps.

Voici une table des principaux déplacements et modifications des organes dans la station debout après résorption d'un épanchement pleural et sans maladies concomittantes ou compliquantes.

Poumon malade. — Droit rétréci; gauche rétréci.

Poumon sain. — Gauche élargi; droit élargi.

Médiastin. — Refoulé à droite; refoulé à gauche.

Cœur. — Refoulé à droite; oblique en bas à gauche; refoulé à gauche; oblique en haut à droite.

Ligne diaphragmatique. — Oblique en bas à gauche; convexité supérieure à droite; inférieure à gauche; oblique en bas à droite; convexité supérieure à gauche; inférieure à droite.

Foie. — Oblique en bas à gauche et plus dans la lobe gauche; oblique en bas à droite.

Estomac. — Ligne cardio-pylorique presque horizontale; estomac refoulé en bas et à droite; convexité inférieure bien étendue en bas; ligne cardio-pylorique presque verticale; estomac refoulé à gauche et en haut; convexité supérieure bien étendue en haut.

Rate. — Déplacée en bas et en avant; déplacée en haut et en arrière.

Rein droit. — Déplacé en haut et vers la ligne vertébrale; déplacé en bas et vers la ligne axillaire postérieure.

Rein gauche. — Déplacé en bas et vers la ligne axillaire postérieure; déplacé en haut et vers la ligne vertébrale.

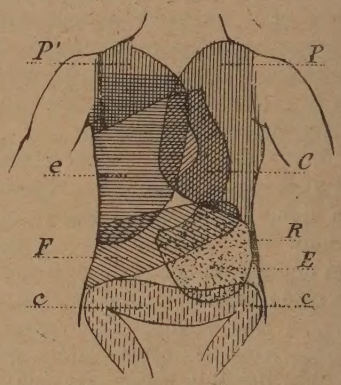
Côlon. — Relevé à droite; abaissé à gauche; relevé à gauche; abaissé à droite.

Colonne vertébrale. — Déviation avec convexité latérale gauche; déviation avec convexité latérale droite.

Le degré de ces déplacements et modifications est directement proportionnel à l'absence de fonctionnement du poumon du côté de l'épanchement disparu.

Inspiration forcée. — Déplacement en bas des organes au-dessous du poumon sain; déplacement vers le côté

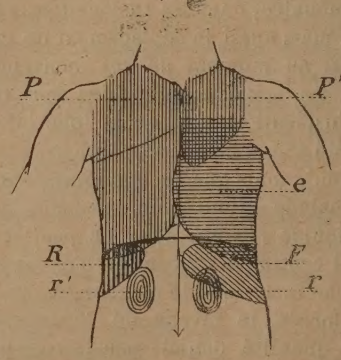
Fig. 1



malade du cœur et du médiastin; fait le déplacement en haut des organes sous-diaphragmatiques du côté malade.

Digestion. — Le mouvement digestif de l'estomac est plus prononcé dans la rétraction du poumon droit, et le temps du passage des aliments est beaucoup plus important que dans l'autre cas.

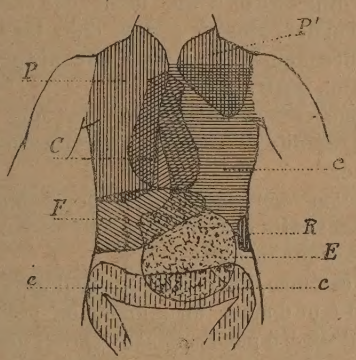
Fig. 1A



Position. — Dans la position debout, il y a un abaissement de tous les organes; dans la position latérale du même côté de la rétraction pulmonaire, les organes thoraciques ont un déplacement latéral bien important et aussi les organes abdominaux du côté opposé; dans la position latérale du côté opposé à celui de la rétraction pulmonaire, tous les organes ont un déplacement moins important.

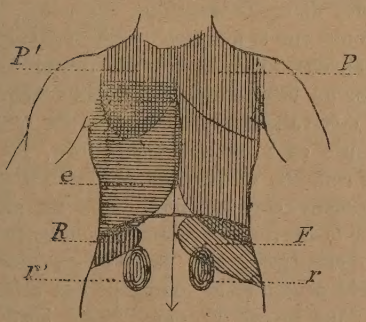
Accroissement. — Dans les pleurésies de l'enfance, qui bien fréquemment sont inaperçues, la prédominance de fonctionnalité d'un côté sur l'autre produit une déviation du médiastin, du sternum et de la colonne vertébrale, en dehors du côté qui fonctionne le moins. Selon le degré de cette déviation, on établit une déformation thoracique plus ou moins grave, qui peut arriver

Fig. 2



jusqu'à la gibbosité unilatérale. On peut faire une étude à ce sujet, avec profit chez les jeunes hommes, qui se présentent à la visite militaire : une déviation latérale vertébrale donnera toujours le soupçon d'un précédent épanchement pleural guéri sans ponction ; le degré et le siège de la déviation sont en rapport direct avec la quantité et le siège de l'épanchement.

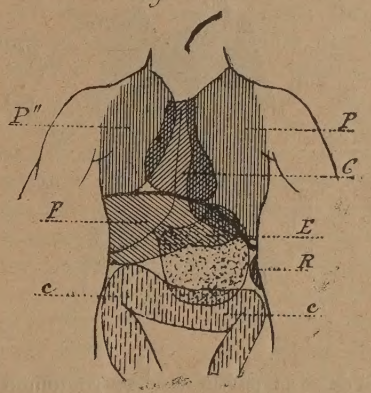
Fig. 2 A



Conclusions. — Par ces projections phonendoscopiques, plusieurs faits obscurs ou seulement intimes dans l'évolution de l'épanchement pleural sont bien classés et bien étudiés. Mais il suffirait de fixer notre attention sur les rapports constants entre les déplacements du cœur et du foie, sur les conditions de l'estomac et sur les déplacements des reins.

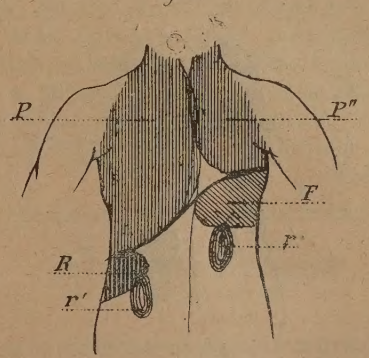
Il faut rappeler que, non seulement avec les projections phonendoscopiques (auscultation avec la tige du phonendoscope des bruits provoqués avec la friction, avec pression du doigt) on peut établir avec sûreté, facilité et rapidité, non seulement la place occupée par l'épanchement, mais aussi la quantité de poumon qui se trouve plongée dans le liquide, la fonctionnalité de ce poumon et les déplacements du niveau du liquide en haut et en bas du poumon dans les inspirations forcées.

Fig. 4



Pour le cœur, on voit toujours un rapport bien constant entre la ligne supérieure du foie et la ligne inférieure du cœur ; ainsi l'angle formé à droite par l'intersection de ces lignes presque droites dans les conditions normales, devient plus ou moins obtus dans les déplacements du cœur à droite (épanche-

Fig. 4 A



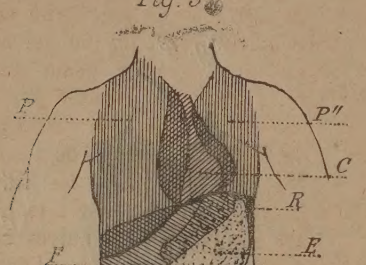
ment à gauche : rétraction du poumon droit) et plus ou moins aigu dans les déplacements du cœur à gauche (épanchement à droite : rétraction du poumon gauche). Avec la plessimétrie on ne peut retrouver cet angle qu'avec difficulté parce que la matité donnée par le cœur, par le foie et par l'épanchement est presque égale ; mais avec la projection phonendoscopique la recherche est facile et les résultats sont bien clairs.

Pendant l'évolution de l'épanchement pleural et spé-

cialement de l'épanchement à gauche, le soulèvement de l'estomac est beaucoup gêné et la chambre d'air a une expansion très limitée en haut.

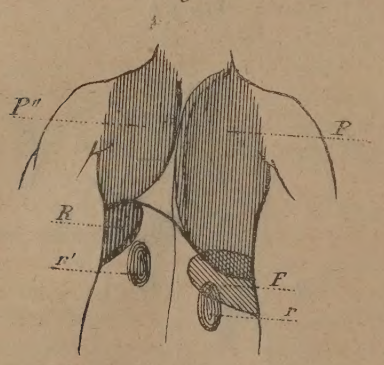
Aprés la résorption de l'épanchement, les conditions sont bien plus variées. Avec la rétraction du poumon droit, nous avions démontré que la ligne cardio-pylorique est presque horizontale, et que l'estomac

Fig. 5



comprimé dans sa partie supérieure tombe bien bas; alors la digestion devient toujours plus longue et pénible, parce que la chambre d'air, empêchée dans son expansibilité en haut, produit une pression sur le contenu liquide et sur les parois de l'estomac, lequel s'allonge, se dilate et perd toujours de sa contractilité musculaire; or, cette contractilité est indispensable

Fig. 5^A



parce qu'il faut beaucoup de force à l'estomac pour transporter son contenu jusqu'au pylore, qui se trouve à une grande distance du fond de l'estomac même. Nous avions dans ce cas séjour trop prolongé des aliments, digestion pénible et fermentations anormales, dilatation progressive de la moitié inférieure de l'estomac, éloignement croissant de l'extrémité pylorique du fond de l'organe et travail toujours plus difficile.

Avec la rétraction du poumon gauche au contraire, la ligne cardio-pylorique est presque verticale, et l'estomac est déplacé en haut dans sa partie supérieure, alors le pylore est rapproché du fond de l'estomac, et la digestion est brève et facile. Nous avions dans ce cas une permanence trop courte des aliments, une digestion facile, une diminution progressive de l'estomac.

Dans les deux conditions, les résultats sont très importants, non seulement pour l'estomac même, mais pour la digestion et la nutrition de l'organisme. L'estomac avec la ligne cardio-pylorique horizontale se vide avec difficulté et donne facilement des fermentations anormales; alors il pousse dans les intestins un aliment corrompu avec tous les mauvais produits de la fermentation gastrique.

L'estomac avec la ligne cardio-pylorique verticale se vide avec rapidité et passe dans les intestins un aliment mal digéré.

Nous avions deux indications pour donner quelques conseils dans cette condition. Ce sont des conseils hygiéniques, plus que médicaux.

Pour l'estomac, avec la ligne cardio-pylorique horizontale, il faut donner un aliment en petite quantité, facilement digéré par l'estomac; après l'ingestion de la nourriture il faut reposer sur le côté droit; une infusion de maté est bien indiquée dans cette condition.

Pour l'estomac avec la ligne cardio-pylorique verticale il faut donner des aliments en quantité, digérés facilement par les intestins : après l'ingestion de la nourriture il faut conseiller le repos sur le côté gauche : une infusion de coca se doit préférer dans cette condition.

De même les déplacements en haut et en bas des reins ont certainement une valeur dans le fonctionnement de ces organes. Mais la différence de pression, qui doit être le résultat du changement de position et par conséquent des diverses tractions des reins, peut avoir une influence sur la fonction de ces organes. Et si nous avons dans ces déplacements de grands organes, on peut juger de la quantité des déplacements dans les rapports des vaisseaux, des nerfs, des ganglions, les changements de pression, d'équilibre, les exibitions nouvelles réflexes et directes qui ont pu se produire.

Et justement ceux qui ont donné un moyen facile pour vider la cavité thoracique de son contenu liquide, ont un mérite trop grand et qu'on ne peut pas juger sans l'étude profonde et comparée des altérations organiques dans le cas de réabsorption lente de l'épanchement.

Avec un manuel opératoire ainsi rendu facile, tout le monde peut aujourd'hui accomplir simplement et heureusement une opération qui était auparavant difficile à bien faire. L'influence utile qui porte sur l'évolution ultérieure des organes et sur la santé générale, la soustraction du liquide de la cavité pleurale font apprécier l'innovation bien simple, mais bien importante, que les deux savants français, Potain et Dieulafoy, ont accomplie dans le traitement des épanchements pleu-

raux avec leurs instruments de ponction et d'aspiration du liquide.

Pour conclure, avec la projection phonendoscopique dans les cas d'épanchement pleural libre nous avons la possibilité de bien établir :

1° Le rapport de l'épanchement avec les organes environnants.

2° La quantité du liquide et sa mobilité par les inspirations forcées et par les changements de position.

3° La limite bien juste entre la ligne supérieure du foie et la ligne inférieure du liquide, indication bien utile pour l'élection du lieu de la ponction et pour vider complètement la cavité pleurale.

4° Les conditions d'hypofonctionalité du poumon du même côté de l'épanchement et d'hyperfonctionalité du poumon de l'autre côté.

5° Les déplacements du médiastin, du cœur et de la ligne diaphragmatique, ainsi que des organes au-dessous de cette ligne, par l'épanchement et dans les inspirations forcées pendant le travail de la digestion et les changements de position.

6° La rapidité avec laquelle après la ponction toutes les parties reprenaient leur place primitive.

7° Les altérations de forme, de position et de rapport des organes après la réabsorption d'un épanchement pleural.

8° Les indications hygiéniques et thérapeutiques directement liées à la connaissance de ces altérations.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène générale de la peau et du cuir chevelu, par le Dr H. Fournier. (Paris, Société d'éditions scientifiques, 1896.)

M. H. Fournier vient de publier, dans la *Petite Encyclopédie médicale*, un petit volume intéressant sur l'hygiène de la peau et du cuir chevelu, à l'usage aussi bien des gens du monde que des médecins. Dans un premier chapitre l'auteur donne un aperçu de la structure et des fonctions de la peau trop connues de tout le monde pour que nous les reproduisions ici; puis il passe à l'étude des poils et des cheveux sur la physiologie desquels il donne des détails intéressants. Plus loin, après avoir parlé du changement de coloration des cheveux et surtout de la canitie, il s'élève contre l'usage des teintures pour les cheveux et en énumère les dangers (dermites artificielles, intoxication générale). Suivent les formules des principales préparations qu'il donne toutefois sans les recommander.

Dans un chapitre intéressant, l'auteur traite de l'utilité de la barbe et particulièrement de la moustache qui, à la manière des sourcils pour les yeux, défendent dans une certaine mesure du moins la bouche et les fosses nasales en arrêtant mécaniquement les corps étrangers qui auraient tendance à y pénétrer. Non-seulement la barbe jouerait en quelque sorte un rôle de filtre tamisant les poussières, mais encore elle protégerait contre le refroidissement et ses conséquences : névralgies faciales, fluxions dentaires, catarrhe nasal, angine, paralysie faciale.

Le chapitre « Comment on devient chauve. » intéressera certainement plus d'un lecteur. Deux causes principales amènent, d'après M. H. Fournier, la chute prématurée des cheveux : ce sont d'une part la mauvaise habitude qu'ont beaucoup de personnes de se mouiller les cheveux avec de l'eau, d'autre part, l'insuffisance de la sécrétion sébacée par suite de laquelle le cheveu deviendrait sec, cassant, puis tomberait. Autre preuve de la nocuité de l'eau, c'est que l'alopécie frappe prématurément les personnes qui transpirent très abondamment de la tête. L'auteur termine ce chapitre par l'étude des autres causes d'alopécie en donnant des formules à l'appui du traitement.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de l'article qui traite de la coiffure à travers les différents âges et des soins à donner à la chevelure qu'on ne doit pas serrer, tordre, tirailler dans tous les sens, comme disait Bazin. Plus loin l'auteur énumère les principales maladies qui atteignent le cuir chevelu, à ce propos il demande, comme tant d'autres l'ont déjà fait, la désinfection des instruments employés par les coiffeurs.

Enfin l'opuscule se termine par l'étude des soins à donner à la peau ; après un historique sur les bains dans l'antiquité, l'auteur déplore la mauvaise installation de la plupart des établissements de bains, tandis que à l'étranger le plus souvent ils ne laissent rien à désirer sous tous les rapports. Si les gens aisés se baignent peu, les malheureux se lavent encore moins ; aussi ce serait faire œuvre de philanthropie d'installer à Paris des bains-douche à bon marché, comme il en existe à Bordeaux ou dans quelques grandes villes d'Allemagne. En somme dans ce petit livre il y a beaucoup de faits intéressants à lire et utiles à connaître.

Dr Barbe.

REVUE DE LA PRESSE

Paralysies radiculaires du plexus brachial d'origine obstétricale, par E. Weil (*Rev. des mal. de l'enfance*, oct. 1896.) — L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

Les paralysies radiculaires du plexus brachial sont une complication très rare d'un accouchement difficile, qui succèdent généralement à des manœuvres obstétricales.

Elles s'observent le plus souvent à la suite des présentations du siège, moins fréquemment dans les présentations céphaliques.

Cliniquement, on peut observer toutes les variétés

de paralysies radiculaires observées chez l'adulte; paralysie à type Erb, paralysie inférieure légère ou grave, paralysie totale des bras, intense ou non.

Les paralysies légères sont plus fréquentes à la suite des présentations céphaliques. Mais il y a une forme compliquée qui existe aussi chez l'adulte, quoique différente, où des lésions osseuses, articulaires, musculaires du bras ou du cou accompagnent la lésion nerveuse.

Des lésions des nerfs du cou, plexus cervical pneumo-gastrique, spinal, peuvent concomiter.

Le pronostic de cette forme de paralysie radiculaire est grave et doit être réservé; les lésions peuvent persister et passer à l'état chronique.

Quant à leur physiologie pathologique, simple parfois, elle doit être souvent compliquée.

Les paralysies graves semblent succéder aux fortes tractions exercées sur le bras et être dues à l'élongation, le tiraillement, l'arrachement des racines nerveuses. Les paralysies légères, telles que les paralysies à type Erb Duchenne. relèvent peut-être de la compression des nerfs au point classique.

Dr E. Deschamps.

L'hydrothérapie hivernale. — Quelques personnes se demandent s'il faut pratiquer l'hydrothérapie en hiver? Voici qui paraît péremptoire. M. Joannès Chatin expose les grandes lignes d'un travail du Dr Duval sur les avantages de l'hydrothérapie hivernale, comparée aux effets qu'on peut retirer de l'hydrothérapie pratiquée à des températures chaudes ou tièdes.

L'auteur, dont les recherches sont bien connues de l'Académie, explique les cures réalisées jadis à Grœfenberg par Priessnitz, et les précise par de nombreuses observations personnelles qu'il développe.

Suivant le Dr Duval, la médication n'agit efficacement qu'en portant à leur maximum les réactions qu'elle provoque sur l'enveloppe cutanée, les mouvements intimes qu'elle détermine dans les actes de nutrition et de dénutrition, les actions réflexes auxquelles elle donne naissance. Or, toutes ces réactions et tous ces mouvements intimes se manifesteront avec d'autant plus de rapidité et d'intensité que la différence sera plus considérable entre la température extérieure et celle du corps.

Celui-ci devra dès lors dépenser plus d'activité pour ramener à la peau le calorique que l'application froide lui aura instantanément enlevé.

M. Duval mentionne de nombreuses observations cliniques qui viennent à l'appui de cette théorie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er février 1897. — Présidence de M. Chatin.

De la radiophotographie des parties molles de l'homme et des animaux. — MM. Remy et Contremoulin. Nous avons l'honneur de présenter à l'Académie un nouveau résultat des recherches que nous poursuivons sur l'application des rayons X aux études anatomiques.

A l'aide de préparations chimiques sur des cadavres d'homme et de grenouille, nous avons pu mettre les muscles, les ligaments et les tendons dans un état tel, qu'ils nous ont donné des images radiophotographiques.

Le muscle projeté fait apparaître une teinte sombre qui en dessine tout l'ensemble; mais, dans les limites ainsi indiquées, on aperçoit des traits plus sombres qui appartiennent aux faisceaux musculaires. Le muscle est donc masqué par des faisceaux de stries longitudinales très nettement délimités.

Les tendons musculaires se voient nettement pour divers muscles. Quelques ligaments interosseux sont dans les mêmes conditions.

On aperçoit, sur la préparation de la main, les muscles de l'éminence thénar et ceux de l'éminence hypothénar, caractérisés par la direction oblique et transversale de leurs fibres. Le muscle interosseux qui s'insère au tubercule externe de la première phalange de l'index, les deux interosseux du médius sont tout à fait évidents dans leurs parties musculaires et tendineuses.

On peut suivre les muscles de l'éminence thénar jusqu'à leurs insertions sur les os métacarpiens et sur les ossselets du carpe.

Avec la préparation que nous avons employée, les os se montrent avec une netteté plus grande que d'habitude; les sésamoïdes sont particulièrement visibles; on en découvre dans les régions tendineuses où ils étaient inconnus jusqu'ici, entre les deux phalanges du pouce, au niveau de l'index et du petit doigt.

En observant bien, on découvre même les tendons des fléchisseurs commun, superficiel et profond. Le fléchisseur profond de l'index est celui qui porte un sésamoïde.

Sur la grenouille, préparée par le même moyen, les muscles et même les *faisceaux* musculaires sont très visibles.

De plus, sur cet animal, qui a été préparé en totalité, nous avons obtenu une image du cristallin et des enveloppes de l'œil.

Pour arriver à ces résultats, nous nous sommes inspirés des récentes recherches des histologistes sur le système nerveux; nous avons cherché et obtenu un précipité de chromate d'argent à la surface et dans l'épaisseur des tissus.

Sur une nouvelle méthode de préparation des pièces anatomiques. — M. le Dr N. Melnikoff-Rasvédenkoff. J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une nouvelle méthode de préparation des pièces anatomiques.

Voici le résumé de la méthode d'abord suivie :

1. Traitement des organes à la formaline concentrée (40 p. 100 de formaldéhyde).

2. Traitement à l'alcool à 95°, ce qui révèle, d'une manière très complète, la coloration primitive.

3. Conservation des préparations dans une solution glycérino-aqueuse d'acétate de potasse qui fixe et reconstitue définitivement la coloration première.

On ne saurait enfin assez recommander l'inclusion des préparations dans la gélatine, avec addition d'acétate de potasse.

Des recherches ultérieures ont apporté à cette méthode certains perfectionnements, et les nouveaux procédés ont donné d'excellents résultats.

1. Les organes frais sont soumis, pendant vingt-quatre à

quarante-huit heures, à l'action d'une solution aqueuse à 0 p. 100 de formaline (solution de 40 p. 100 de formaléhyde), à laquelle on ajoute 5 à 10 p. 100 d'hydrogène sulfuré, ou bien 0,5 à 1 p. 100 de bioxyde d'hydrogène, et transportés ensuite pour plusieurs jours dans de l'alcool à 50-80 p. 100; après quoi on les met dans un liquide composé de la façon suivante : 100 parties d'eau distillée, 20 parties de glycérine et 15 parties d'acétate de potasse.

2. On obtient également de belles préparations en traitant au préalable les organes par une solution de formaline à 10 p. 100, à laquelle on ajoute de petites quantités de substances, telles que l'hydroquinone, l'hydroxylamine, la pyrocatéchine, la glycine et le chlorate potassique. Ensuite, on opère comme ci-dessus, c'est-à-dire en traitant les pièces par l'alcool et la solution glycérino-aqueuse de potasse.

3. On réussit enfin à faire des préparations très nettes en ajoutant à la solution de 10 p. 100 de la formaline des sels acétiques suivants dans la proportion de 3 à 4 p. 100 : acétates de soude, de potasse, d'aluminium, d'ammonium, de calcium, de baryum, de magnésium, de strontium, de nickel, de manganèse ; après quoi on opère de la façon déjà indiquée, c'est-à-dire en traitant les préparations par l'alcool et la solution d'acétate de potasse.

Tout ceci nous montre que la coloration des organes frais est fixée non seulement par la formaline elle-même, mais aussi par ses solutions. Pour traiter les pièces par une de ces solutions, on les place dans un bocal sur une couche de ouate.

Il est à noter que les solutions du n° 3 donnent des colorations très vives et très intenses, tandis qu'avec celles du n° 2 on obtient des nuances trop foncées. Aussi est-il préférable de combiner ces deux catégories de solutions. On peut surtout recommander la combinaison suivante : acétate de potasse, 3,0; chlorate potassique, 0,5; formaline, 10,0: eau, 100,0.

Pour conserver les préparations, on emploie une solution de 20 parties de glycérine, 15 d'acétate de potasse, 100 d'eau distillée. Les pièces sont placées dans des bocaux en verre à parois parallèles (pièces en bocal). On pratique aussi l'inclusion à la gélatine dans des boîtes en verre (pièces en écrin) et dans des cristallisoirs (pièces montées en tableau).

Les phénomènes chimiques qui se passent dans cette préparation des pièces anatomiques consistent en une décomposition, sous l'influence des solutions de formaline, de l'hémoglobine en albumine et méthémoglobine. Cette dernière se transforme, par l'action de l'alcool, en un pigment résistant qui se rapproche, par sa coloration, de l'oxyhémoglobine. Ce pigment, qui est l'hématine neutre précipitée, possède, d'après les recherches de M. le Dr P. Minakoff (*Revue de Médecine*, dirigée par M. Sprimon, n° 1, 1897), les propriétés suivantes : il n'est altéré ni par l'alcool, fort ou étendu, ni par la glycérine, ni par les solutions neutres du potassium et du sodium ; il se conserve dans l'alcool et la glycérine légèrement acidulés ; dans les liquides très acides il devient brun en se transformant en hématine acide. L'analyse spectrale du précipité neutre d'hématine montre deux bandes d'absorption entre les raies D et E. Ces bandes diffèrent de celles d'oxyhémoglobine : 1° en ce qu'elles sont situées plus à droite vers la partie violette du spectre et coïncident avec les bandes de l'hémoglobine oxycarbonisée ; 2° en ce qu'il n'existe pas entre elles d'intervalle clair bien prononcé, comme dans le cas de l'oxyhémoglobine, mais elles sont réunies entre elles par une partie plus ou moins obscure. Les bases et les acides forts dissolvent l'hématine neutre qui se précipite de nouveau par la neutralisation des solutions alcooliques, acides et basiques, avec les mêmes propriétés qu'auparavant.

Dix-huit mois se sont écoulés depuis la préparation de nos pièces et jusqu'à présent elles n'ont en rien changé de coloration.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 janvier. — Présidence de M. Caventou.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Burot, médecin principal de la marine, qui se porte candidat au titre de correspondant national (médecine) ; 2° un travail de M. le Dr Legrain, de Bougie, sur la fréquence des gangrènes des extrémités chez les Kabyles ; rapports probables avec l'ergotisme

Election — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section de pathologie médicale.

Sur 72 votants, majorité 37, M. Fernet est élu par 59 voix contre 6 données à M. Rendu, 3 à M Chauffard, 2 à M. Troisier et 2 bulletins blancs.

Leucocytose. — M. Roux lit un rapport sur le travail de M. Maurel. M. Maurel montre que la saignée provoque une augmentation du nombre des globules blancs du sang. Ce fait est depuis longtemps établi d'une façon certaine depuis que MM. Massary et Hayem ont donné un moyen facile de compter le nombre des globules du sang.

M. Maurel a montré que cette hyperleucocytose se montrait de même après la cautérisation ignée. M. Maurel explique l'accumulation des leucocytes dans les foyers inflammatoires non par la diapédèse, mais par les modifications des cellules de l'endothélium vasculaire opinion qu'on ne saurait admettre.

Phosphorisme. — M. Vallin lit un rapport au nom de la commission dont il faisait partie avec MM. Ch. Monod et Magitot. 300.000 francs payés par l'Etat dans le cours de l'année dernière pour des ouvriers exemptés de travail dans les fabriques d'allumettes chimiques, à la suite de déclarations d'accidents phosphorés, l'ont amené à faire une enquête.

Chez les ouvriers employés dans les manufactures d'allumettes chimiques, les médecins ont trop tendance à rattacher au phosphorisme toutes les lésions qui peuvent survenir. Cela est assurément exagéré ; mais il est certain que ces accidents sont, en somme, fréquents.

La quantité de plomb employée pour la pâte de certaines allumettes est assez considérable et peut amener également des accidents.

L'assainissement des fabriques d'allumettes peut être obtenu par trois moyens : la suppression du phosphore blanc ; la fabrication automatique des allumettes en vases clos, enfin, l'assainissement des fabriques d'allumettes déjà existantes.

Depuis quarante ans, il y a unanimité de la part des médecins et des hygiénistes pour demander la suppression du phosphore blanc. L'opposition vient surtout des industriels et des consommateurs. Le phosphore rouge ne coûte pas beaucoup plus cher que le phosphore blanc, mais le

public exige des allumettes qui prennent partout, sans frottoir spécial.

Le phosphore rouge n'offre pas une innocuité complète; en s'altérant, il peut reproduire du phosphore blanc.

On fait usage depuis quelques années, en Amérique, de machines automatiques closes ; mais ces machines sont très coûteuses ; le gouvernement fait actuellement étudier leur fabrication.

On peut, dès maintenant, assainir les établissements dans lesquels on fabrique des allumettes par une aération suffisante en enlevant rapidement les vapeurs phosphorées produites dans les ateliers.

Présentation de malade. — M. le Dr Chipault présente six radiographies appliquées à la chirurgie du système nerveux.

Il montre également une jeune fille de 14 ans chez laquelle le Dr Lambotte, d'Anvers, a pratiqué l'an dernier, par le procédé de l'auteur, la cure opératoire de la phlébite otitique du sinus latéral. La technique de cette opération comprend trois temps :

Premier temps. — Double ligature de la jugulaire interne au cou, avec section de la veine entre les deux ligatures et fixation du bout supérieur dans l'angle supérieur de la plaie cervicale.

Deuxième temps. — Ligature du sinus transverse, le plus près possible du pressoir d'Hérophile, et par conséquent de la protubérance occipitale.

Troisième temps. — Attaque du foyer septique, comprenant : l'ablation des lésions osseuses mastoïdiennes et antrales, l'ouverture large de la loge sinusale, l'évacuation du pus périsinusal et des produits septiques intrasinusaux, l'ouverture, par résection de la paroi antérieure osseuse du coude sinusal, du bulbe jugulaire infecté par les veines antrales, enfin l'établissement du drainage sinusal jugulaire, propice aux lavages biquotidiens ultérieurs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 février 1897. — Présidence de M. Debove.

Cirrhose et diabète bronzé. — MM. Rendu et E. de Massary. Un malade primitivement robuste, arthritique, placier en vins et alcoolique, vit apparaître, en janvier 1896, les premiers signes d'un diabète sucré dont nous pûmes suivre l'évolution jusqu'au 12 juillet, jour de la mort. Ce malade présentait sur tout le corps une coloration brune, pigmentée, à reflets ardoisés. Il s'agissait de la variété de diabète bronzé signalée par Hanot et Chauffard.

L'examen a porté sur le foie, le pancréas, la glande sous-maxillaire droite, la capsule surrénale, le rein, le poumon, le testicule, le cœur, le muscle grand droit de l'abdomen, la peau, un ganglion semi-lunaire du plexus solaire, l'épiploon, un ganglion lymphatique. Dans tous ces organes, sauf dans le muscle grand droit de l'abdomen et dans le ganglion semi-lunaire du plexus solaire, nous avons découvert des granulations pigmentaires de couleur ocre foncé noircissant sous l'influence du sulfhydrate d'ammoniaque, et prenant une coloration bleu de Prusse, lorsqu'on le soumet à l'action d'une solution de ferrocyanure de potassium dans de l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique ; c'est donc un pigment ferrugineux. Donc toutes les glandes de l'organisme sont envahies ainsi que la cellule cardiaque, la fibre musculaire ordinaire restant indemne : absence totale de pigment dans le sang circulant; par contre surcharge inouïe de pigment dans le système lymphatique.

Ce qui est hors de conteste, c'est l'origine hémoglobinique de ce pigment; mais où s'accomplit la transformation? Pour les uns, le pigment se formerait dans le sang circulant et serait réparti ensuite dans les glandes. Pour Hanot et Chauffard, ce serait dans le foie que naîtrait ce pigment d'où il diffuserait dans l'organisme. Ces deux théories sont également passibles d'objections sérieuses.

La première hypothèse n'est pas conforme avec la réalité des faits puisque le pigment ne se rencontre pas dans le sang circulant; de plus, toutes les cellules de l'organisme, baignant également dans le sang, devraient être imprégnées par ce pigment, ce qui n'est pas.

Pour la seconde hypothèse, voici nos principales objections : la rareté des embolies pigmentaires, la richesse en pigment de certains organes plus vascularisés, comme le pancréas, les glandes salivaires, les glandes sudoripares, à l'exclusion d'autres organes plus vascularisés, comme le poumon, enfin les caractères si particuliers du pigment dans les divers organes, dans lesquels il présente une forme et une coloration essentiellement variables.

Nous sommes amenés à considérer la formation du pigment comme le résultat d'une élaboration vicieuse accomplie par le protoplasma cellulaire; il est dès lors nécessaire de rechercher dans quelles cellules s'accomplit de préférence cette élaboration.

En première ligne, nous désignerons la cellule glandulaire en général, dans laquelle il se fait avec le globule sanguin une activité d'échanges considérables, puis la fibre cardiaque qui est sans cesse en état de fonctionnement, par opposition avec les fibres des autres muscles dont le travail est plus restreint et plus intermittent. Le grand facteur dans la production du pigment ocre serait donc l'activité fonctionnelle de l'élément cellulaire ayant comme corollaire l'activité des échanges entre l'élément cellulaire et le sang. On peut donc formuler cette sorte de loi : les éléments se pigmentent le plus où les échanges sont au maximum. Puis commence le rôle de la circulation lymphatique : la cellule migratrice incorpore ces granulations laissées libres et les conduit dans les ganglions voisins, qui sont en effet surchargés de ces granulations.

Il nous reste à rechercher sous quelle influence s'accomplit cette viciation des élaborations protoplasmiques. Hanot et Chauffard incriminaient le diabète, mais depuis lors on a décrit de nombreux cas pathologiques où celui-ci n'existait pas et dans lesquels cette pigmentation ocre existait; en 1889, Kelsch et Kiener dans le paludisme, en 1895 Brault dans deux cas de cachexie pigmentaire non diabétique, enfin, tout récemment, Letulle, puis Gilbert et Grenet dans des cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire sans diabète. Ce qui paraît être le plus constant c'est la cirrhose hépatique, encore peut-elle manquer, dans le paludisme par exemple.

Cirrhose hypertrophique pigmentaire non diabétique. — M. Letulle. A côté des cirrhoses pigmentaires diabétiques, paludéennes, tuberculeuses, cancéreuses, et de celles produites par des causes déterminées, on doit placer la cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique.

La multiplicité et la complexité de ces conditions étiologiques contrastent d'une façon singulière avec l'uniformité

des lésions anatomo-pathologiques, tant hépatiques que généralisées à l'ensemble de l'organisme. A ce point de vue, toutes les cachexies cirrhotiques pigmentaires sont caractérisées par un certain nombre de désordres matériels, à peu près constants, qui peuvent se résumer ainsi :

1° On rencontre au moins trois sortes de pigments, savoir, *a*) le pigment *ocre* (ferrugineux), qui est le plus constant; *b*) un pigment *jaune-brun*, dont la nature ferrugineuse ne peut être déterminée par les réactifs chimiques actifs ; *c*) le pigment *mélanique* de la peau, normalement élaboré dans les cellules profondes du corps muqueux de Malpighi ;

2° Toutes les lésions viscérales de la cirrhose diabétique pigmentaire se retrouvent dans la cirrhose alcoolique pigmentaire ;

3° La répartition du pigment ocre est à peu près générale, mais avec prédominance très marquée dans les glandes (absence dans le rein) ;

4° Intégrité à peu près absolue (au point de vue pigmentaire) des épithéliums de revêtement, tant externes (épiderme) qu'internes et canaliculaires ;

5° Grande fixité du pigment ocre, dont l'élimination, si tant est qu'elle existe, est extrêmement difficile.

Hématologie et pathogénie du diabète bronzé. — M. Jeanselme. J'ai eu l'occasion d'observer récemment deux cas de diabète bronzé. Dans le premier cas qui appartient à M. Tenneson le diabète avait pour origine une intoxication par le plomb.

Dans le second, le diabète apparut après un traumatisme de la région ombilicale, et le malade mourut cinq mois et demi après le début des accidents.

D'après l'ensemble des faits, voici comment on peut concevoir le mécanisme de la production du diabète bronzé.

1° Destruction des hématies dans les capillaires des parenchymes ;

2° Le pigment ocre, provenant de ces hématies détruites, se porte vers les épithéliums sécréteurs ,

3° Alors la sclérose se développe dans tous les organes surchargés de pigment. Si à la sclérose du foie s'associe une sclérose du pancréas, le diabète apparaît ; il est donc secondaire.

Le pigment ocre se produit chaque fois qu'il y a destruction globulaire, soit dans le sang circulant, soit dans le sang extravasé. On l'observe donc dans les affections les plus diverses comme nature ; qu'il s'agisse du diabète bronzé, d'une crise d'hémoglobinurie paroxystique, d'une anémie extrême à forme pseudo-leucémique, de la fièvre bilieuse hémoglobinurique ou de l'impaludisme chronique, la topographie du pigment ocre est la même. Dans le rein, par exemple, il y a une véritable élection du pigment pour les épithéliums sombres, qui rappelle la condensation de l'indigo dans l'expérience de Heidenhain. Quand la décharge du pigment est continue, elle détermine un processus sclérogène.

M. Widal. J'ai eu l'occasion de faire avec M. Dieulafoy l'autopsie d'une malade morte au cours d'une attaque d'hémoglobinurie paroxystique essentielle. Toute la substance corticale du rein présentait à l'œil nu une coloration sépia très foncée. Au microscope, l'épithélium de tous les tubuli contorti et des anses montantes de Henle était complètement rempli de pigment, qui en certains points remplissait l'aire de ces tubes. Les autres épithéliums étaient intacts. Les glomérules de Malpighi étaient normaux et ne présentaient pas la moindre trace de pigment. Les capillaires du rein n'étaient nulle part congestionnés.

M. Hayem. Je crois que nous ne pouvons dénier aux parenchymes un rôle capital. La déglobulisation seule ne saurait suffire à expliquer la précipitation du pigment ocre, car il n'y a pas de maladie dans laquelle la déglobulisation soit plus intense que la chlorose, et cependant il n'y a pas, dans cette affection, de pigmentation anormale. Dans le diabète, au contraire, il n'y a pas de fonte globulaire, cependant la pigmentation est au maximum ; il faut donc invoquer un autre facteur, et ce facteur ne saurait être autre chose que l'action des parenchymes sur les hématies.

M. Troisier. En 1871, j'ai publié dans les Bulletins de la Société anatomique un cas de glycosurie accompagnée de mélanodermie et d'hypertrophie du foie.

Radioscopie d'un anévrisme de l'aorte. — M. Béclère présente un malade chez qui l'on peut constater facilement l'existence d'une dilatation aortique. La poche anévrismale fut d'ailleurs nettement révélée par la radioscopie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *février* 1897. — *Présidence de* M. E. Delens.

Chirurgie du poumon. — M. Quénu. J'ai cherché expérimentalement à démontrer l'origine infectieuse des adhérences pleurales. La crainte du pneumothorax ne nous a pas été enlevée par les arguments de M. Bazy. On a recommandé de suturer la plèvre pour arrêter l'extension du pneumothorax, mais cette suture est souvent difficile et ne tient pas.

Certains chirurgiens ont été jusqu'à dire que l'ouverture large de la plèvre n'était pas dangereuse. Or, je voudrais conclure que cette ouverture doit être redoutée et que la rétraction brusque du poumon peut chasser une quantité de sang trop abondante dans le cœur droit. Enfin, que le contact de l'air avec la plèvre peut, par lui seul, être nuisible.

Quel moyen thérapeutique employer? Il est certain que celui que je puis proposer n'a été employé que pour les chiens. Je veux parler de l'augmentation de la pression dans l'arbre aérien. J'employai la trachéotomie. C'est ce que je ferais volontiers chez le malade. La canule n'a pas besoin d'oblitérer absolument l'orifice. Il suffit qu'elle entre à frottement, pour que la pression du récipient d'air se transmette suffisante dès qu'on ouvre le robinet de communication.

Les pressions intra-pulmonaires tendent le tissu lui-même. Et dans cet état, si l'on met un point de suture sur le tissu pulmonaire, on le voit se déchirer violemment, — ce qui dénature la tension, — et on constate la sortie rapide de l'air en pression.

On objecte la gravité de la trachéotomie, mais dans ces conditions il n'y a pas de gravité; on supprime la canule sans attendre l'infection qui peut en résulter.

M. Delorme. J'avais songé aussi à la pression intra-pulmonaire et j'avais connu les moyens préconisés par Lambotte, mais je n'ai jamais voulu les mettre en usage. Je crois que les efforts du malade sont assez puissants pour appliquer le poumon vers les côtes, si on peut le saisir et le suturer. La toux dans ce cas est extrêmement utile.

Chez un malade que j'opérai d'une pleurésie partielle suppurée, l'entrée de l'air fit se rétracter le poumon. J'ordonnai au malade de tousser, et je pus voir revenir le poumon. Je le saisis avec une pince, je pus passer un fil et le fixer. A partir de ce moment l'intervention se fit normalement.

Dans certaines expériences, après avoir injecté de la cire dans le poumon, si l'on insuffle le poumon, on constate que si l'induration provoquée est profondre, le poumon ne bouge pas; si elle est superficielle il se dilate et se porte aux côtes.

Mais souvent, dans les cas de lésions moyennes, la partie non indurée est masquée par les parties saines et par suite dissimulée De là j'ai peur que le procédé sur lequel compte M. Quénu, ne lui donnera peut-être pas tous les avantages qu'il semble en attendre.

Exophthalmos pulsatile de l'œil droit; anévrysme artérioso-veineux; ligature de la carotide primitive; guérison. — M. Picqué fait un rapport sur une observation envoyée par M. Bion (de Madrid).

Intervention opératoire dans le goître exophthalmique. M. Lejars. L'intervention la plus simple peut être l'occasion de fâcheux résultats dans le cas de maladie de Basedow. J'avais affaire à une jeune fille de 16 ans que l'examen médical avait parfaitement reconnue atteinte de maladie de Basedow. Le corps thyroïde était de volume fort modéré. Il y avait souffle et mollesse, et tous les signes du goître exophthalmique, qui lui rendaient l'existence et tout acte impossible.

On se décida à enlever le lobe droit du corps thyroïde. L'anesthésie à l'éther fut difficile. L'opération se passa simplement, sans grande vascularisation du lobe. Je liai la thyroïdienne inférieure. J'isolai le lobe et la section de l'isthme termina l'opération. Aucun incident opératoire ne se montra. La malade se réveilla assez vite, dans la journée elle parla, but un peu de champagne Le soir dyspnée très marquée, fait très fréquent. Un quart d'heure après elle était morte par la progression de la dyspnée.

A l'autopsie on trouva une volumineuse blessure dans le médiastin, sans aucune lésion viscérale.

Cette mort brusque, inexpliquée par l'autopsie, semble bien due à un empoisonnement bulbaire. Il y aurait hypersécrétion thyroïdienne sous l'influence du traumatisme chirurgical.

Comme conclusion, il faut se garder d'opérer les cas de goître exophthalmiques sans craindre ces morts subites, puisque sur 180 cas elle se montre 23 fois.

M. Tillaux. C'est une question extrêmement importante que celle qu'a soulevée M. Lejars. La première opération que j'ai faite en 1879 fut présentée par moi. Je formulai alors la théorie à l'Académie que le goître exopthalmique était d'origine mécanique, compression du paquet vasculo-nerveux du cou par le goître. Je restai dans ces idées pendant pas mal d'années. Il y a 5 ou 6 ans, je reçus la visite de Joffroy, qui me dit se rallier à mon avis. Je lui dis que moi j'abandonnais ma théorie. Il y a des goîtres qu'il faut opérer et d'autres qu'il faut laisser.

Il y a des sujets atteints de maladies de Basedow et que l'on guérit parce que la maladie est due à une tumeur du corps thyroïde. Ce n'est pas alors un goître exophthalmique vrai, c'est le goître chirurgical, tout à fait différent du véritable goître exophthalmique qu'il ne faut pas toucher.

Les malades ont surtout de la dyspnée indépendamment des battements du cœur, et on sent dans le corps thyroïde une tumeur que l'on perçoit distincte. J'ai ainsi une malade que j'ai opérée à droite, il y a huit ans. A ce moment, les phénomènes du goître exophthalmique ont disparu, puis sont revenus il y a quelques mois depuis qu'une autre tumeur est réapparue du côté gauche. Je vais réopérer cette malade et je suis persuadé qu'elle n'aura ni myxœdème, ni complications ultérieures.

Je conclus, il faut opérer le goître chirurgical, mais laisser avec grand soin le goître médical.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 janvier 1897.

Présidence de M. Aug. Voisin; *vice-président.*

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance manuscrite. — Lettres de MM. Morau, Baraduc et Pellier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. — Lettre de M. Bonnet de Romans (Drôme), désirant connaître les conditions d'admission comme membre correspondant. — Lettre de M. Chevallereau, expliquant les raisons qui l'ont empêché de publier le procès-verbal de la dernière séance. — Lettre de M. Barlerin posant sa candidature au titre de membre titulaire, et annonçant une communication pour la prochaine séance. — Deux lettres de Mme Duroziez, adressées, l'une au Président, l'autre au Secrétaire général, remerciant la Société des marques de sympathie qui lui ont été témoignées dans la douloureuse épreuve qu'elle vient de traverser.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels; *Le Centre médical; Le Génie moderne* (nos du 1er et du 15 janvier); trois brochures envoyées par M. Fischer: 1° *Libération du méat urinaire dans le traitement de l'incontinence d'urine chez la femme*; 2° *nouvelle opération du pouce bifide*; 3° *cancers de l'utérus.*

Distinction honorifique. — M. le Président adresse les félicitations de la Société à M. Brossard, qui vient d'être nommé officier d'Académie.

M. Brossard adresse à la Société les plus vifs remerciements.

Mort de M. Duroziez. — M. le Président rappelle à la Société la mort de M. Duroziez, et donne connaissance des discours qui ont été prononcés aux obsèques de notre regretté collègue et ancien Président.

Discours de M. Auguste Voisin, vice-président.

Mon cher Duroziez,

Adieu ou plutôt au revoir. Nous nous connaissions depuis de longues années alors que vous étiez chef de clinique de Bouillaud, à la Charité. Lorsque je fus nommé moi-même chef de clinique de ce maître, vous m'avez initié à toutes les finesses de diagnostic des maladies du cœur que vous teniez de cet illustre professeur.

Dès cette époque, de 1862 à 1865, vous étiez déjà un travailleur, un chercheur, ce que vous êtes resté. Plus tard, lorsque vous vous êtes présenté à la Société de Médecine de Paris, j'étais de ceux qui vous ont élu. Depuis, vous

l'avez cessé d'être exact aux séances de notre Société et vous lui avez fait des communications nombreuses sur les maladies du cœur en particulier.

Vous avez cultivé avec amour l'art médical et vous avez réalisé le type du médecin selon Hippocrate.

Dans nos réunions scientifiques et hors séances, vous avez montré la profondeur de votre instruction et le culte dans lequel vous teniez les lettres. Votre souvenir, cher Duroziez, restera gravé dans les annales de notre Société. Au revoir.

Discours de M. Jullien, secrétaire général.

Messieurs, il y a huit jours à peine, en vous lisant mon compte rendu, je m'efforçais de mettre en relief comme ils le méritaient les travaux de notre collègue Duroziez, exceptionnellement nombreux cette année ; je me faisais une joie de le voir se confondre à cette petite apothéose intime, mais nous apprenions qu'il gardait la chambre depuis quelques jours, et le soir il manquait à notre banquet, qu'il avait si bien organisé.

Aujourd'hui, nous nous retrouvons autour de son cercueil, et le douloureux devoir m'échoit de lui dire le dernier adieu, au nom de cette Société de médecine à laquelle il appartenait depuis vingt-neuf ans, et non pas nominalement comme tant d'autres, mais effectivement et laborieusement ; car notre collègue ne voulut jamais se retrancher dans les loisirs de l'honorariat, et si l'expression de rester sur la brèche fut jamais juste, il faut l'appliquer à celui qui, après avoir été secrétaire et président, se contenta de rester un fidèle conseil et un assidu travailleur. Aussi, on peut bien le dire, est-ce un deuil peu ordinaire que nous célébrons ici, car la Société de médecine de Paris aimait Duroziez comme son ancien et il le lui rendait bien. D'autres, et parmi ceux dont le nom nous est le plus cher, furent attachés à cette même compagnie, mais trouvèrent en dehors d'elle, dans des fonctions et des charges publiques brillantes, dans d'autres sociétés d'un renom plus éclatant, toutes les récompenses dues à leur activité. Entre Duroziez et la Société de médecine de Paris, il y eut pacte d'union éternelle et exclusive. Nous fûmes sa joie et sa parure ; en quittant, pour venir à nos séances, une famille qu'il chérissait, et qu'abîme aujourd'hui la plus déchirante douleur, notre collègue savait bien qu'il entrait dans une autre famille où nul ne lui marchandait affection et respect. Il nous en remerciait en nous communiquant ses beaux travaux, c'est dire qu'il nous payait en gloire.

Car notre collègue est de ceux qui eurent de leur vivant la plus enviable des récompenses, celle de voir leurs travaux et, disons le mot, leurs découvertes attendues, discutées et, en fin de compte, unanimement acceptées. Le nom de Duroziez est lié pour la suite des temps à l'histoire de la médecine. Tant qu'il y aura une clinique, tant qu'il y aura une médecine, les auteurs décriront la maladie de Duroziez, le rétrécissement mitral pur essentiel, compagnon de la chlorose, origine des embolies et des hémiplégies chez la jeune fille, qu'il fit connaître en 1877 ; et cette séméiologie si fouillée : le roulement présystolique remplaçant le vrai souffle, puis le dédoublement du second bruit, ce rythme de mesure à trois temps, bruit de caille, de rappel, toute cette musique spéciale qu'il avait fixée dès 1862. Tant qu'il y aura une médecine, tant qu'il y aura une clinique on répétera que Duroziez nous apprit à chercher entre les deux épaules le souffle de l'insuffisance mitrale, et sur la fémorale le double souffle caractéristique de l'insuffisance aortique. Et qui donc, si ce n'est Duroziez, nous révéla les lésions de la tricuspide et soutint qu'elles étaient moins exceptionnelles qu'on ne le pensait alors, en 1881. Cœur et vaisseaux, tel était le domaine incontesté qu'il avait conquis par sa patiente recherche de chaque jour. Mais sur quel point de la science n'a-t-il pas porté son activité ? Nous le savons nous ses collègues qu'il a tant de fois retenus sous le charme de ses communications variées, toujours documentées et compétentes ; quel rapport refusa-t-il jamais sur une question de pathologie générale, ou même spéciale, je dirais volontiers spécifique, car nous avons encore présentes à l'esprit les pages qu'il écrivit pendant cette dernière année sur la candidature de deux éminents syphiligraphes.

Bien peu de médecins savaient écrire comme Duroziez. Il aimait le verbe précis et ne dédaignait par une tournure franchement littéraire, avec des phrases courtes, martelées, dont certaines rappellent la manière de Tacite. Son beau mémoire *Cœur et Sternum* en donne un exemple frappant ; mais c'est dans l'*Histoire de la Société de Médecine*, lue à notre séance solennelle du centenaire, qu'il déploya ses plus charmantes qualités de conteur spirituel et enjoué, un peu gaulois et toujours de belle humeur, car notre collègue était resté jeune, vieux d'expérience, mais pour le cœur et l'esprit doué de l'éternel printemps. Nul n'était plus accueillant pour les débutants qui venaient à nous, nul ne se plaisait davantage en leur compagnie, animant de sa verve ou de l'ardeur de ses généreuses indignations la jeunesse un peu morose d'aujourd'hui.

Nous adorions en lui l'ami non moins que le collègue ; ce n'est pas à moi qu'il appartient de le dire en face de ceux qui furent ses compagnons de lutte depuis cinquante ans, mais, pendant les dix années que je l'ai fréquenté et apprécié, quelles ressources de bonté, quels encouragements, quels infinis trésors de bienveillance n'ai-je pas connus ? Et quand je le revis il y a cinq jours sur le lit où l'asphyxie le terrassait, l'amitié ne sembla-t-elle pas le ressusciter une minute pour me sourire de ses lèvres violettes et me tendre ses mains déjà glacées.

Cher et délicat ami, si les bruyantes fanfares de l'orgueil triomphant vous ont manqué, vous avez atteint les joies seules désirables que tant de maîtres célèbres, et qui bien souvent pensèrent vous humilier, ne connurent jamais. Vous avez vécu votre rêve, et servi d'un cœur pieux votre seule idole, la science, et elle vous a récompensé en vous faisant goûter les vraies jouissances dans le présent, et en vous permettant de vous survivre.

Il peut se faire que, plus tard, ceux qui vous liront et vous admireront se figurent, au nombre de vos travaux, à l'ampleur de votre savoir, à l'étendue de votre expérience, à la sûreté de vos déductions, que vos contemporains vous prodiguèrent succès et fortune. Les biographes qui vous placeront dans le panthéon de nos gloires auront le devoir de dire : « Celui-là fut un humble et un doux, son désintéressement égalait sa science, il rechercha, non ce qui brille, mais ce qui dure, il ne brigua ni places ni honneurs ; en son regard se reflétait le miroir limpide de notre vertu professionnelle ». Car vous fûtes un grand honnête homme, autant qu'un grand savant. Puisse ce témoignage universel adoucir la douleur des vôtres, et la chère compagne que vous avez quittée s'enorgueillir au milieu de

ses larmes en pensant que le clair exemple d'une vie sans tache est le plus beau des héritages.

M. Bianchi, au nom des membres correspondants étrangers :

Dans le moment que nous regrettons la perte du Dr Duroziez, permettez-moi de m'unir à vous au nom de vos correspondants étrangers et au nom de l'amitié et de la sympathie que l'illustre maître de l'auscultation et de la percussion m'a montrées jusqu'à son dernier moment.

Mais Duroziez n'est pas mort dans ses œuvres scientifiques et son souvenir vivra toujours dans notre société et dans notre cœur.

Vivra le souvenir du noble vieillard, qui n'a pas voulu se reposer jusqu'à la fin de ses jours, en travaillant à la recherche des vérités scientifiques.

Vivra le souvenir du Dr Duroziez qui, dans les hôpitaux, dans les sociétés savantes, par la voix et par la main à accompli son apostolat avec la conviction la plus sincère et les résultats les plus heureux. Dans cette terre bénie de France, où la tradition latine a atteint ses plus hautes conceptions scientifiques et sociales, l'œuvre moderne du Dr Duroziez sera toujours fécondée et si d'autres moyens rendent possible à tout le monde la conquête des vérités scientifiques, pour laquelle le Dr Duroziez a travaillé, on pourra ainsi mieux encore apprécier son œuvre et les difficultés qu'il devait vaincre pour atteindre son but. Son ancien admirateur, le dernier entre ses amis, fils d'un pays lié avec la France par la tradition des plus nobles aspirations, permettez-moi que, avec un salut à sa famille désolée qui a eu pour lui tous les charmes et les soins les plus affectueux, j'envoie à sa mémoire un salut au nom de la fraternité scientifique et de la science internationale.

Commission d'étude. — M. le Président rappelle à la Société qu'il a été décidé qu'une Commission serait désignée chaque mois pour étudier l'ensemble des travaux publiés dans le mois, et des communications faites dans les diverses sociétés, et en rendre compte à la Société. Il propose de désigner cette commission pour le mois de février.

M. Millée pense qu'il est impossible de faire des rapports de médecine générale, et d'étudier tous les travaux médicaux, c'est un travail trop vaste, et tous les rapporteurs échoueront forcément devant des difficultés insurmontables.

M. Ladreit de Lacharrière, qui a été l'auteur de la proposition, fait observer qu'il ne s'agit pas d'un rapport de médecine générale ; il ne s'agit pas non plus d'analyser tout ce qui sera fait ou dit dans les autres sociétés ; mais la Commission devra dans un court exposé, et même dans un simple énoncé, mettre la Société au courant des choses importantes, des découvertes nouvelles, des faits les plus frappants.

M. Polaillon s'associe à l'idée de M. Ladreit de Lacharrière ; un rapport court et simple fait chaque mois sur les principaux travaux publiés, et sur les plus importantes discussions des Sociétés permettra souvent un échange d'idées capable de remplir une séance d'une façon intéressante, et, par l'étude des questions nouvelles ainsi présentée, on pourra facilement se faire une appréciation exacte du mouvement scientifique.

M. Rougon partage cette opinion, et approuve complètement cette manière de faire limitée aux indications données par MM. Ladreit de Lacharrière et Polaillon.

La Commission d'étude désignée pour le mois de février se compose de MM. Martha et de Grandcourt et devra présenter son rapport dans la première séance de mars.

Hémianesthésie provoquée par un traumatisme chez une hystérique. — M. Sibut. (*Sera publié.*)

Délire de persécution ; kyste dermoïde de l'ovaire ; laparotomie ; disparition de troubles mentaux. — M. Voisin. (*Voir ci-dessus page* 97.)

M. Polaillon trouve l'observation de M. Voisin absolument intéressante, car c'est un fait rare, à son avis. Ce que l'on rencontre plus souvent c'est le cas contraire, c'est-à-dire l'apparition de l'aliénation mentale à la suite d'une opération, dont il peut citer un cas à sa connaissance. Mais les observations d'aliénation mentale guérie par une opération sont, à son avis, d'une extrême rareté.

M. Voisin a pu cependant observer plusieurs fois la guérison de la folie à la suite d'une intervention chirurgicale. Il connaît, il est vrai, des faits inverses ; il peut citer entre autres le cas d'une femme hystérique à qui on devait faire une opération. Elle avait très peur de cette opération, et on l'a opérée malgré elle, mais l'opération a eu lieu cependant, car elle était indispensable. Deux jours après, la malade a été prise d'un accès de délire maniaque, et elle est morte trois jours après, présentant des symptômes de méningite suraiguë. L'autopsie a permis de constater une congestion intense des méninges, sans adhérences.

M. Brossard rapporte un cas absolument conforme à celui cité par M. Polaillon, et tendant à montrer qu'on peut quelquefois observer des troubles mentaux à la suite d'interventions chirurgicales. Il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'un accouchement, a présenté des accidents d'infection, lesquels ont nécessité une opération. Cette femme, qui avait toujours été atteinte, il est vrai, d'accidents nerveux, est devenue, quelques mois après, franchement hystérique, puis a été atteinte d'accès de manie. Peu à peu le délire de la persécution s'est aggravé et, quelques années après l'opération, les troubles mentaux ont pris une telle intensité qu'ils ont nécessité le placement définitif de la malade dans un asile d'aliénés.

M. Jullien. C'est une question féconde que celle que vient de soulever notre président, et si chacun de nous voulait apporter tous les cas de troubles nerveux survenus ou disparus à l'occasion d'une intervention sur les organes génitaux, nous nous trouverions en face d'une masse imposante de documents, mais, plus qu'en aucun cas nous aurions à choisir parmi les interprétations les plus diverses.

J'ai souvenance d'une malade pour laquelle mon excellent collègue M. Leblond me fit appeler dans son service de Saint-Lazare, il y a cinq ans. Cette femme était muette depuis plusieurs années, mutisme hystérique assurément, mais en même temps elle se plaignait du ventre, et il y avait lieu de supposer une salpyngite double. Je dis de supposer, car cette femme se livrait au moindre attouchement à de telles démonstrations de douleur et se débattait à tel point que jamais je ne pus arriver à faire un examen concluant. Cependant il y avait lieu d'intervenir, ou tout au moins de se tenir prêt à le faire. Je préparai les instruments pour l'opération qui devait être une laparotomie, et je procédai à l'anesthésie. Quand la résolution fut obtenue, je pus enfin pratiquer le toucher à fond, et je reconnus la parfaite intégrité des salpynx et la liberté des culs de sac. Toute idée d'opération disparaissait, nous nous trouvions en face d'une névralgie des annexes. La malade fut réveil-

ée, mais ce qui nous frappa d'étonnement, c'est qu'elle parait très bien à ce moment; elle continua du reste à parler depuis, et, chose curieuse, sa névralgie génitale ne reparut pas. Voilà donc un cas où les meilleurs effets furent obtenus par le premier temps de l'opération, l'opération moins le coup de bistouri, c'est-à-dire la puissante impression morale qui la précède, et l'anesthésie. Ce dernier moyen exerce une modification intense sur l'organisme, particulièrement sur le système nerveux, et je me demande pourquoi les aliénistes n'en font pas plus fréquent usage.

Voici un second cas tout différent. J'avais opéré une femme de 35 ans environ pour un énorme phlegmon du ligament large. J'avais fait sur la paroi abdominale une longue incision par laquelle s'étaient écoulés 2 litres de pus. Je me hâte de dire que les suites chirurgicales furent excellentes; c'est étonnant avec quelle rapidité on voit revenir sur elles-mêmes ces immenses poches; en trois semaines la guérison était accomplie. Mais dès les premiers jours un délire particulier s'était montré, non point furieux, mais absolument dément. Ma malade avait perdu toute conscience, toute notion non seulement de son état pathologique, mais de ce qu'elle était et même de l'endroit où elle se trouvait. Elle était bercée des idées les plus riantes, elle se croyait dans un bateau, et alors que la gêne régnait dans son intérieur, elle jouissait de la plus parfaite indifférence. Cette vésanie se prolongea un mois et demi. Quelle en fut la cause? Je me trouverais bien embarrassé pour le dire, car je ne me croirais pas en droit, pour accuser le traumatisme, d'éliminer complètement l'influence de l'iodoforme dont je me servais alors pour les pansements.

Dans un autre cas il s'agissait d'un vieillard atteint d'hypertrophie de la prostate. Avec Horteloup nous pratiquons la cystotomie sus-pubienne, et tentés par la saillie des lobes prostatiques dans l'intérieur de la vessie, nous les excisons d'une façon si complète que la miction naturelle se rétablit presque immédiatement.

Localement tout marcha à merveille; mais, dès le troisième jour survenait un délire inconscient qui devait durer une quinzaine. Etait-ce le délire traumatique, le délire sénile ou nerveux? En tout cas il n'était pas alcoolique, le vieillard étant d'une parfaite sobriété.

Comme on le voit, la majorité des faits nous amène plutôt à redouter qu'à souhaiter les interventions opératoires, au point de vue mental, dans le cours des maladies des organes génitaux.

Mais nous n'avons pu qu'effleurer cette question, et je demanderais qu'elle fut laissée à l'ordre du jour pour provoquer d'autres communications de la part de nos collègues.

Election. — M. Polaillon, à l'unanimité, est nommé membre du comité de publication en remplacement de **M. Duroziez, décédé.**

La séance est levée à 5 h. 1/2.

BROSSARD.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés :

Au grade de commandeur. — M. le Dr Empis, ancien président de l'Académie de médecine.

Au grade d'officier. — M. Ranvier, professeur au Collège de France, membre de l'Institut; MM. les Drs Jules Guyot, médecin des hôpitaux de Paris; Yersin, médecin de première classe des colonies.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Boyer, médecin-major de première classe au 112e d'infanterie; Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine; Ern. Barrault, médecin de la prison de la Santé; Hellet, maire de Clichy; Schwartz, professeur agrégé, chirurgien à Cochin; Decori, médecin à Paris, président de la Société philantropique « la Corse »; Philip, maire de Grasse; Cros, médecin inspecteur des Eaux de Lamalou-les-Bains; Benoist, médecin en chef de l'hospice de Granville; Couvreur, médecin à Gondecourt; Bouteiller, membre du Conseil général de l'Orne; Joal, médecin au Mont-Dore; Pasturaud, médecin à Etampes; Tafforin, membre du Conseil général de la Vienne; Chénieux, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges; Depasse, médecin de première classe des colonies.

Ecole de médecine d'Alger.— M. le professeur Treille, sénateur, est nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur Porte, suppléant, est nommé professeur de clinique médicale.

M. le Dr Nicolas, ancien suppléant, est nommé professeur de physiologie.

— Le concours pour l'emploi de suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Grenoble s'est terminé par la nomination de M. le Dr Salva.

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR TROIS PLACES DE MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. — Voici les noms des 76 candidats qui se sont fait inscrire pour le concours aux trois places vacantes de médecin du bureau central, concours qui sera ouvert le 22 février, à midi.

MM. :

1 De Saint-Germain, de Grandmaison, Plicque, Regnier, Soupault, Nageotte, Le Noir, G.-R. Lyon, Deschamps, Lamy, Enriquez, Boulloche, Bergé, Claisse, Rénon, Triboulet, Phulpin, J. Besançon, Gallois, Péron.

21 Tissier, Sergent, Gastou, Parmentier, Méry, Gouget, Sallard, Charrier, Thérèse, G.-C. Lion, Belin, Ettlinger, Gaussade, Hulot, Potier, Legry, Bruhl, Boix, Leredde, Renault.

41 Auscher, Roubinowitch, Berbez, Coffin, Mosny, Springer, Dufour, Létienne, Hudelo, Charcot, Londe, Beaumé, Weber, Pignol, Thiroloix, Achalme, A. Laffitte, Duthil, F. Bezançon, Macaigne.

61 L. Lévy, Souques, Papillon, Teissier, Brodier, Michel, Du Pasquier, Dupré, Capitan, Veillon, Thiercelin, Aviragnet, Polguère, Hallion, Pilliet, Tollemer.

Association générale des médecins de France. — Le Conseil général de l'Association vient d'adresser la circulaire suivante aux sociétés locales :

Paris, le 20 décembre 1896.

« Monsieur le Président et cher collègue,

« Par arrêté en date du 12 novembre 1896, M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu approuver, tels qu'ils ont été votés dans notre dernière Assemblée générale (*Annuaire*, p. 105, 106 et 107), les statuts de la « Caisse des veuves et des orphelins des membres de l'Association ».

» A dater de ce jour, cette Caisse nouvelle peut donc recevoir les dons et legs qui permettront de hâter le moment où elle fonctionnera utilement.

» Nous vous serons très reconnaissants, monsieur le

Président et cher collègue, de bien vouloir faire connaître, aux membres de votre Société locale, l'heureuse issue des négociations que nous avons faites en vue de réaliser l'une des œuvres que nos statuts primitifs avaient prévues et qui répond aux vœux souvent exprimés de nos collègues.

« Par un autre arrêté en date du même jour, M. le Ministre a bien voulu approuver également la délibération que vous avez prise en vue d'autoriser les Sociétés locales à se faire représenter aux Assemblées générales par un délégué par 50 membres (au lieu de 75), chiffre prescrit jusqu'à ce jour par nos statuts).

« Veuillez agréer, monsieur le président et cher collègue, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

« *Le Secrétaire général*, « *Le Président*,
« L. Lereboullet. « Professeur Lannelongue. »

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de la Société centrale aura lieu dimanche prochain 14 février à 2 h. 1/2.

Ordre du jour. — Allocution du président; Rapport du secrétaire; Compte rendu du trésorier; Ratification des admissions faites dans l'année; Élections du vice-président et de onze membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

A l'issue de la séance aura lieu le scrutin pour l'élection du président de l'Association générale (M. le professeur Lannelongue, président sortant, est, d'après les statuts de l'Association, rééligible.)

Les membres de la Société qui ne pourraient assister à l'Assemblée générale sont instamment priés de vouloir bien adresser leur vote au sécrétaire avant le 14 février.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Georges Thibierge commencera ses *leçons cliniques sur les maladies de la peau* le vendredi 5 février à 10 heures 1/2 et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Le mercredi et le samedi à 9 heures, consultation externe pour les maladies cutanées et syphilitiques.

Le mardi à 10 heures, opérations dermatologiques.

Hôpital Saint Louis. — M. Hallopeau reprendra ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis, le dimanche 31 janvier, à 9 h. 1/2, dans la salle des conférences, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Doleris a commencé ses conférences cliniques sur l'obstétrique et la gynécologie, dans son service, à la Pitié, le mardi 9 février, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à 10 heures.

Nécrologie. — Le Dr Vée (Amédée), président honoraire de la Société de Prévoyance des pharmaciens de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 3 février, à l'âge de 62 ans. — Le Dr Loiseau (Charles), ancien vice-président du Conseil général de la Seine, médecin inspecteur de l'état-civil, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, décédé le 4 février, à l'âge de 72 ans. — Le Dr Wannebroucq, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lille, correspondant de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 67 ans. — Le Dr Coussanel, d'Alger, reçu en 1869. — Le Dr Leriche, de Cussy-les-Forges (Yonne), décédé à l'âge de 86 ans. — Le Dr Rossignol, de Montauban, ancien aide-major au 47e de ligne. — Le Dr Prat, de Toulon. — Le Dr Gouilleux, de Corbie (Somme), reçu en 1880. — Le Dr Bourgeois, de Paris, reçu en 1858. — Le Dr Machon-Bey (Henri), président du Syndicat des médecins de Marseille, décédé à l'âge de 47 ans. — Le Dr Bonnejoy, de Chars (Seine-et-Oise), reçu en 1862. Notre confrère, qui se faisait appeler le Dr Bonnejoy (du Vexin) était l'auteur d'un livre intitulé « Principes d'alimentation rationnelle et de cuisine végétarienne ». — M. Rideaux, médecin à Lestrem (Pas-de-Calais), reçu en 1874. — Le Dr Bourgoin, membre de l'Académie de médecine, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, professeur de pharmacie galénique à l'École de pharmacie, député des Ardennes, est mort brusquement le 10 février, à l'âge de 61 ans.

La mortalité à Paris. — Une subite augmentation de la mortalité marque la cinquième semaine; du 31 janvier au 6 février 1897, le service de la statistique a compté 1120 décès, chiffre très supérieur à celui de la semaine dernière 995 et même à la moyenne 1.113.

Les maladies épidémiques sont moins rares (49 au lieu de 44 et de la moyenne 73). la fièvre typhoïde a causé 5 décès au lieu de 3 et de la moyenne 9, la scarlatine 4 au lieu de 2 et de la moyenne 3, la rougeole 18 au lieu de 18 et de la moyenne 15, la coqueluche 7 au lieu de 7 et de la moyenne 8, la diphtérie 10 au lieu de 9 et de la moyenne 22.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus.

On a signalé 5 décès par l'influenza (au lieu de la moyenne 14.)

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 22 décès au-dessous de 1 an au lieu de 28 et de la moyenne 35.

En outre 33 enfants sont morts de débilité congénitale.

L'augmentation de la mortalité porte surtout sur les affections des voies respiratoires et sur les adultes.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 182 décès (au lieu de 155 pendant la semaine précédente et au lieu de 193, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 22 décès (au lieu de la moyenne 30); bronchite chronique, 44 décès (au lieu de la moyenne 43); broncho-pneumonie, 74 décès (au lieu de la moyenne 57); pneumonie, 42 décès (au lieu de la moyenne 66). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 74 décès, dont 45 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 203 décès au lieu de la moyenne 208; la méningite tuberculeuse, 19 décès; la méningite simple, 29; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 29 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 71 décès, et les maladies organiques du cœur, 73; le cancer a fait périr 55 personnes. Enfin, 50 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 14 suicides et 24 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 503 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.171 enfants vivants (579 garçons et 592 filles), dont 828 légitimes et 346 illégitimes. Parmi ces derniers, 51 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 349 enfants, dont 17 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 86 seront nourris au sein et 263 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 124 mort-nés (dont 95 légitimes et 29 illégitimes).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. — Farine Vigier, *ne constipant pas.*

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*